

Epatite A + B

Questionario per la vaccinazione contro epatite A + B in farmacia

Data:

Numero di cartella
(dallo strumento online)

Informazioni sulla vaccinazione contro epatite A + B

- Target:** Per persone da 16 anni con maggiore rischio di esposizione, complicazioni e/o trasmissione che hanno un'indicazione alla vaccinazione contro epatite A e epatite B.
- Epatite A:** ad es. persone da 16 anni a contatto con soggetti a rischio, viaggiatori in paesi a endemicità medio-alta.
- Epatite B:** ad es. personale medico e infermieristico e tutte le persone a contatto con soggetti a rischio.
Vaccinazione di recupero negli adulti (dai 16 anni), senza limiti d'età, salvo in assenza di rischio di esposizione (3 dosi a 0, 1 e 6 mesi).

A Dati personali del(la) cliente

Cognome: Nome:

Data di nascita: Numero cliente:

Indirizzo:

NPA: Località:

Numero di telefono (facoltativo): E-mail (facoltativo):

B Anamnesi → si prega di rispettare le norme cantonali

Criteri di esclusione temporanea

Se «sì» → rinvio della vaccinazione

SÌ

NO

Non si sente bene?

Nelle ultime 48 ore ha avuto febbre?

Criteri di esclusione

Se «sì» ad almeno una domanda con «★» → rischio vaccinale particolare
(accertamento medico consigliato; **ZH:** Riferire al medico)

SÌ

NO

Ha un'allergia:

→ a medicamenti?

→ a uno dei componenti del vaccino?*

Ha mai avuto effetti indesiderati gravi durante o dopo una vaccinazione?*

E' incinta?*

Soffre di un problema del sistema immunitario?*

Ha un rischio emorragico aumentato accertato (ad es. ereditario)?*

Assume regolarmente dei medicamenti?

Assume regolarmente:

→ un anticoagulante (a parte l'aspirina)?*

→ cortisone ($\geq 20\text{mg/d}$, prednisone o equivalente)?*

→ un medicamento che inibisce le difese immunitarie?*

→ altri medicamenti quali:

Attualmente si sottopone a controlli medici periodici?
Si è già sentito/a male (sensazione di nausea per esempio) al punto di svenire durante una vaccinazione e/o un prelievo di sangue?

SÌ **NO**

Prescrizione medica

E' in possesso di una prescrizione medica per la vaccinazione?
(ad es. in caso di rischio vaccinale particolare o per cantoni che autorizzano la vaccinazione solo su prescrizione)

SÌ **NO**

Malattie sottostanti

Si prega di rispettare le norme cantonali; dati facoltativi

SÌ **NO**

Soffre di un problema o di una malattia cronica?
Se sì, quale?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Disfunzione tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Malattia cardiovascolare | <input type="checkbox"/> Malattia gastrointestinale |
| <input type="checkbox"/> Malattia polmonare
(ad es. asma, BPCO) | <input type="checkbox"/> Malattia infiammatoria |
| | <input type="checkbox"/> Malattia del sistema nervoso centrale |
| <input type="checkbox"/> Malattia metabolica (ad es. diabete, iperlipidemia) | |
| <input type="checkbox"/> Altre malattie, cioè: | |



Vaccinazione contro epatite A + B

È già stato/a vaccinato/a in passato contro epatite A + B?
(schema vaccinale dai 16 anni: 3 dosi a 0, 1 e 6 mesi)

SÌ **NO**

Quale dose deve essere somministrata oggi?

- 1^a dose
- 2^a dose (min. 1 mese dopo la 1^a vaccinazione)
- 3^a dose (min. 6 mesi dopo la 1^a vaccinazione)

Ulteriori informazioni sulla vaccinazione contro epatite A + B

Dati facoltativi

L'ultima vaccinazione contro epatite A + B è stata effettuata

- in farmacia?
- presso il medico di famiglia?
- all'ospedale
- altro?

E' stato specificamente motivato a vaccinarsi dalle prestazioni della vaccinazione in farmacia?

Ha un medico di famiglia?

Commenti:

D Informazioni sugli effetti indesiderati e consenso del cliente

Sono frequenti reazioni locali (arrossamento, dolore, gonfiore) nel sito di iniezione. Più rari sono mal di testa, stanchezza o febbre. Inoltre possono comparire disturbi gastrointestinali come diarrea, nausea o vomito.

Se dovessero comparire sintomi che la preoccupano, informi immediatamente noi o un medico.

Le persone che possono venire a contatto con sangue di terzi (ad es. personale medico) sono state informate che si raccomanda di eseguire un controllo del tasso anticorpale degli anticorpi anti-HBs presso un medico entro 4 settimane.

 **Ho preso atto delle informazioni sopra esposte e confermo di essere stato/a informato/a anche del prezzo della vaccinazione. Prima della vaccinazione ho avuto la possibilità di chiarire eventuali dubbi con il farmacista/medico che effettua il vaccino. Non ho altre domande. Con la mia firma dichiaro di accettare la somministrazione di questo vaccino.**

 **Accetto al trattamento dei miei dati in forma anonima a fini statistici.**

Con la mia firma dichiaro che tutti i dati indicati nel questionario sono corretti e completi.

Luogo/data: Firma del(la) cliente:

E Dati sull'esecuzione della vaccinazione

Vaccinazione eseguita

- Registrazione nella cartella elettronica di vaccinazione, compreso numero di lotto del vaccino
 Registrazione nel libretto di vaccinazione, compreso numero di lotto del vaccino

Nome del vaccino: Numero di lotto del vaccino: Etichetta adesiva del vaccino

Commenti sulla vaccinazione:

Vaccinazione non eseguita per la seguente ragione

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> malessere del cliente | <input type="checkbox"/> rischio vaccinale particolare (vedere punto B) | <input type="checkbox"/> rinuncia del cliente |
| <input type="checkbox"/> malattia sottostante/terapia di base | <input type="checkbox"/> vaccinazione non indicata per il cliente (target) | |
| <input type="checkbox"/> vaccinazione rimandata | <input type="checkbox"/> paziente inviato al medico | |

Tempo approssimativo impiegato per la compilazione del questionario: minuti

Luogo/data: Firma del(la) farmacista di competenza:

Effetto indesiderato dopo la vaccinazione (reazione immediata o feedback del cliente)

- reazione locale reazione sistemica:
 con richiesta di soccorso
 incidente vaccinale notificato (farmacovigilanza, EIViS)

Descrizione (incl. follow-up):

Data del feedback:

Questo documento deve essere conservato per almeno 10 anni o secondo le norme cantonali.